

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

THÈSE

N°

241

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice ROCHER

Né au Mans, le 30 Octobre 1884.

APPENDICITE CHRONIQUE

A FORME ASTHMATIQUE

Président : M. HARTMANN, Professeur

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1912

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN PROFESSEURS

Anatomie	M. LANDOUZY
Physiologie	MM.
Physique médicale	NICOLAS
Chimie organique et Chimie générale	CH. RICHERT
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	WEISS
Pathologie et Thérapeutique générales	GAUTIER
Pathologie médicale	BLANCHARD
Pathologie chirurgicale	ACHARD
Anatomie pathologique	{ WIDAL
Histologie	{ TEISSIER
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	PIERRE MARIE
Thérapeutique	PRENANT
Hygiène	HARTMANN
Médecine légale	POUCHET
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MARFAN
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	THOINOT
Maladies des enfants	LETULLE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	ROGER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ CHAUFFARD
Clinique des maladies du système nerveux	{ GILBERT
Clinique chirurgicale	{ DEBOVE
Clinique ophtalmologique	{ LANDOUZY
Clinique des maladies des voies urinaires	{ HUTINEL
Clinique d'accouchements	GILBERT BALLEET
Clinique gynécologique	GAUCHER
Clinique chirurgicale infantile	DEJERINE
Clinique thérapeutique	{ DELBET
	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SEGOND
	{ DELAPERSONNE
	N...
	{ BAR
	{ PINARD
	{ RIBEMONT-DESSAIGNES
	{ POZZI
	{ KIRMISSON
	{ ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

*Qui par son labeur incessant
et son activité de toutes les
heures m'a donné l'exemple
à suivre*

A MA MERE

*Bien faible témoignage de
ma très grande reconnais-
sance et de ma filiale affec-
tion.*

A MA SOEUR

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAÎTRES

MM. LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE D'ANGERS

MM. LES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A M. LE DOCTEUR THIBAUT

Professeur de Pathologie interne à l'École de Médecine d'Angers
Médecin de l'Hôtel-Dieu

A M. LE DOCTEUR H. DELAGÉNIÈRE

Chirurgien de la Maison de Santé et de l'Hôpital du Mans
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie
Ancien Président du Congrès Français de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Nous sommes heureux, à la fin de nos études, de pouvoir rendre ici un public hommage à ceux qui par leurs leçons, leurs conseils et leurs exemples ont contribué à notre formation médicale.

Tout d'abord au Docteur Maljean, médecin principal de 1^{re} classe, qui a bien voulu transformer notre année de service militaire en un véritable stage hospitalier.

Au Docteur Legludic, Directeur honoraire de l'Ecole de médecine d'Angers, qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance.

Que le Docteur Jagot, qui nous a fait profiter de sa grande expérience clinique et de ses conseils judicieux, soit assuré de notre reconnaissance.

Nous remercions le Professeur Monprofit qui nous a donné nos premières connaissances chirurgicales et dont nous sommes fier d'avoir été l'élève.

Le Docteur Thibault mérite spécialement notre gratitude pour la grande bonté qu'il nous a toujours témoignée et les excellentes leçons qu'il nous a données avec tant de dévouement. Nous ne saurions assez nous souvenir de l'exemple de ce maître dont l'affabilité ne s'est jamais démentie à notre égard.

Nous n'aurions garde d'oublier les différents Professeurs de Paris qui nous ont toujours réservé un bien-

veillant accueil dans leurs services et en particulier les Professeurs Debove et Bazy.

Nous avons à nous acquitter d'un devoir bien agréable envers le Docteur H. Delagénère qui nous a toujours montré le plus affectueux intérêt pendant le cours de nos études. C'est lui qui nous a donné le sujet de cette thèse et nous a facilité notre travail. Nous le prions de recevoir l'hommage de notre vive gratitude.

Que M. le Professeur Hartmann qui a daigné nous faire l'honneur de présider notre thèse, veuille bien accepter nos sentiments de profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Au dernier Congrès français de chirurgie, le Docteur Silhol, en terminant son rapport sur le Diagnostic de l'appendicite chronique, déclare « qu'il n'a pas la prétention d'avoir décrit toutes les formes d'appendicite chronique et encore moins celle d'avoir indiqué un moyen infaillible pour les diagnostiquer. Il est toujours utile d'insister sur ces formes si diverses, dit-il, en connaissant celles-la, on sera tout à fait bien disposé pour reconnaître les autres. »

Ce qui rend en effet ces dernières si nombreuses, c'est que dans les formes toxi-infectieuses, l'appendice ne retentit pas toujours sur les divers organes d'une façon identique. On a tort, par exemple, lorsqu'on parle d'*appendicite chronique à forme pulmonaire* et cette dénomination ne doit pas subsister avec le sens qui paraît lui être attribué actuellement. Bien trop vague, cette expression indique seulement qu'il existe dans la circonstance un rapport entre l'appendice et le poumon, sans montrer par quels symptômes se manifeste cette relation.

On a déjà mentionné des cas où les malades toussaient

par ce que leur appendice provoquait de la congestion de la base droite et des toux réflexes sans atteinte pulmonaire. Cette toux, jointe à d'autres symptômes, a pu simuler la tuberculose pulmonaire et Faisans a tracé d'une façon magistrale le tableau clinique de cette affection.

Il nous semble qu'on doive décrire également une autre forme, ayant comme elle sa répercussion sur l'appareil respiratoire, mais qui se caractérise par des accès d'asthme. Nous avons cru bon d'attirer l'attention sur cette *forme asthmatique de l'appendicite chronique*.

A notre connaissance, il n'a jamais encore été publié d'observations sur cette question. Les trois qui font l'objet de cette thèse nous ont été aimablement communiquées par le Docteur H. Delagénère (du Mans) qui est le premier chirurgien et le seul à avoir signalé cette nouvelle forme lors du XXIV^e Congrès de chirurgie.

CHAPITRE PREMIER

Peut-il exister un asthme d'origine appendiculaire?

« L'asthme, dit Brissaud, est une névrose consistant en crises de dyspnée spasmodique, le plus souvent accompagnées de troubles vaso-moteurs des muqueuses des voies aériennes. »

C'est par ce qu'il peut paraître paradoxal de faire un rapprochement entre l'appendicite chronique et cette affection qu'il est utile, croyons-nous, de se poser tout d'abord cette question : Peut-il exister un asthme d'origine appendiculaire ?

Pour pouvoir y répondre il faut savoir, au sujet de l'étiologie de l'asthme, qu'à côté des auteurs qui admettent un asthme essentiel et de ceux qui reconnaissent à l'asthme les causes les plus diverses : origine bacillaire (Landouzy), hémalogénique (Schlemmer), etc., des partisans se montrent actuellement de plus en plus nombreux pour n'attribuer à l'asthme que la valeur d'un symptôme.

Dans son récent traité sur l'asthme, Moncorgé conclut qu'étant donnée la multiplicité des causes qui l'engendrent, l'asthme n'est pas, ne peut être une entité noso-

logique. Il n'est pas une maladie; il est un symptôme, un syndrome, et le plus souvent un syndrome réflexe.

L'asthme d'origine appendiculaire viendrait confirmer cette manière de voir. Pour Brissaud, ce ne serait qu'un pseudo-asthme, mais c'est là une distinction qui ne peut exister en clinique. En effet, la division en asthme essentiel et pseudo-asthmes ou symptomatiques se ramène en réalité à ranger dans la catégorie de l'asthme essentiel les cas où la cause directe qui a provoqué l'accès nous échappe, dans celle de l'asthme symptomatique, ceux dont nous connaissons l'origine : les symptômes cliniques qui caractérisent l'affection étant identiques dans les deux cas.

« Toute dyspnée procédant par accès, dit Moncorgé, avec bradypnée accompagnée ou non de troubles sécrétoires, est un asthme vrai, quelle que soit la cause originelle et quel que soit le trouble de la conductibilité. » En réalité tout, pour cet auteur, peut aboutir à l'asthme, en créer lentement le syndrome ou en provoquer vivement l'accès.

L'intestin, en particulier, à maintes reprises, a été incriminé dans la genèse de la « maladie asthmatique » et dans la production de l'accès.

Huchard en fait le pivot de sa théorie et de la médication appropriée; pour lui, l'asthme essentiel, nerveux, est le résultat d'une intoxication intestinale. C'est là une théorie acceptable dans des limites données, mais contestable dans sa généralisation absolue.

D'autre part, l'entéroptose, la constipation ont été

déjà reconnues comme pouvant être la cause occasionnelle de l'accès d'asthme. G. Lyon a signalé l'association de l'asthme avec l'entéro-colite muco-membraneuse. L'asthme vermineux se constate chez les enfants et on a publié des observations d'asthme provoqué par ténia chez l'adulte. Dans ces cas, il s'agit d'une action réflexe qui peut être spontanée ou provoquée par le bol alimentaire ou par un corps étranger, oxyure; ténia etc...

Après ce court exposé, nous pensons avoir toute latitude pour pouvoir établir un rapprochement entre l'appendicite et l'asthme. L'asthme d'origine appendiculaire ne serait en somme qu'une variété d'asthme intestinal et peut-être, dans bien des cas, n'a-t-on pas attribué à leur véritable cause les troubles respiratoires en question.

Nous allons voir, par les observations que nous publions, que l'appendicite chronique peut quelquefois en effet revêtir une forme asthmatique et quelles hypothèses on peut formuler au sujet de la pathogénie de ces accès d'asthme.

CHAPITRE II

Observations.

OBSERVATION I.

(Inédite, due à l'obligeance de M. Delagénère).

R. M...., 34 ans, docteur en médecine.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 53 ans de complications pulmonaires d'origine grippale.

Mère, frère et sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Très bonne santé jusqu'au service militaire. Au régiment, a eu une crise abdominale douloureuse, rapide et non diagnostiquée sur le moment. Cette crise a été surtout marquée par des coliques et du ballonnement du ventre.

Vers 25 ans, deux petites crises nettes d'appendicite, calmées en quelques heures. Depuis, constipation habituelle.

En avril 1903, grippe avec congestion pulmonaire et accidents de dyspepsie acide. Convalescence lente.

Quelques mois plus tard, première crise nocturne avec ballonnement abdominal, suivie d'oppression, obligeant le malade à se lever et persistant plusieurs heures.

Les urines ont été examinées à ce moment et plus tard à diverses reprises; elles ont été trouvées normales.

Par la suite et de plus en plus fréquemment, le malade éprouve les mêmes crises toujours à peu près à la même heure (4 ou 5 heures après le repas du soir).

Ces crises sont caractérisées par une sensation de ballonnement d'abord, bientôt suivie d'une oppression intense; la respiration est ralentie, l'inspiration est brève et sifflante, l'expiration prolongée. Souvent ce ballonnement abdominal est immédiatement suivi d'une rhinorrhée abondante et la pituitaire secrète, pendant toute la durée de la crise, un liquide clair en quantité considérable. Le malade présente un état catarrhal de toutes les muqueuses de l'appareil respiratoire et la fin de l'attaque est marquée par une expectoration de mucosités secrétées dans les bronches et la trachée.

Pendant ces crises, le malade est toujours obligé de se lever assez rapidement de son lit à la recherche d'une position plus favorable pour les échanges respiratoires. Parfois il va à sa fenêtre, plus souvent il préfère s'asseoir accoudé sur une table, cherchant ainsi avec ce point d'appui à mettre en jeu ses muscles inspireurs. Le malade reste ainsi plusieurs heures et s'assoupit dans cette position, quelquefois ne se recouchant pas de la nuit. Ces accès, qui nous sont décrits par le Docteur M... lui-même, ne diffèrent en rien des crises d'asthme classique.

Au cours de ces accès, on remarque une polyurie constante, jusqu'à un litre et demi d'urine en quelques heures et en quatre ou cinq mictions rapprochées.

Ces crises se prolongent plus ou moins dans la journée du lendemain, laissant une langue sale et un endolorissement dans la fosse iliaque droite. Elles deviennent de plus en plus fréquentes, plus prolongées et plus intenses.

On note à ce moment l'apparition de crises d'asthme dans la journée vers 5 heures du soir, mais qui n'ont jamais eu la fréquence des attaques nocturnes.

Le malade est examiné à plusieurs reprises par le Docteur Delagénère qui ne trouve rien de suffisamment net du côté de l'appendice pour nécessiter une intervention.

Les crises augmentent toujours. A la suite d'une plus vio-

lente dans la nuit du 18 au 19 novembre 1907, à l'heure habituelle, avec point de Mac Burney très net et défense musculaire, le tout constaté la nuit par le patient, puis par le Docteur Delagénière le lendemain matin, l'intervention est décidée et a lieu à la onzième heure.

Opération le 19 novembre 1907. — Anesthésie au chloroforme.

On pratique une incision sur le bord du droit droit et on ouvre le péritoine. Le cæcum apparaît dans la plaie et présente sur sa surface extérieure des tractus nombreux et filiformes très résistants quand on exerce une traction. L'appendice est enfoui sous ces adhérences qui sont des reliquats des crises antérieures. On le saisit avec une pince, mais dès que la traction s'exerce sur l'organe, la respiration devient stertoreuse et sifflante; le malade se cyanose. On arrête la chloroformisation, mais en même temps on lâche l'appendice. Aussitôt les phénomènes respiratoires cessent. Saisissant de nouveau l'appendice pour le réséquer, on détermine encore des accidents respiratoires plus violents même cette fois.

En effet, le visage devient vultueux, la respiration est très gênée et l'inspiration bruyante et sifflante. On entend le malade des pièces voisines. Devant ces accidents d'origine réflexe, on sectionne rapidement aux ciseaux toutes les adhérences cæcales et on résèque l'appendice malade sur une ligature placée à sa base et qu'on enfouit dans la suite. Lorsque ces sections sont terminées, la crise d'oppression a cessé et la respiration est redevenue normale. On referme la plaie, le malade est replacé dans son lit.

L'appendice enlevé représente le type de l'appendicite folliculaire en période aiguë.

Suites opératoires. — Normales; le dixième jour la plaie est complètement cicatrisée.

Disparition complète des crises pendant plusieurs mois,

ce qui ne s'était jamais produit depuis l'apparition des suffocations nocturnes.

Dans cette période, aucune précaution alimentaire, alors que le régime auparavant tendait à la diète, surtout le soir.

Depuis, réapparition de temps à autre de crises calquées sur celles qui existaient avant l'opération; ces crises se reproduisent alors à la même heure qu'autrefois et avec la même succession de symptômes abdominaux d'abord, pulmonaires ensuite, mais avec une diminution notable d'intensité et de fréquence.

Au mois de février 1912, c'est-à-dire plus de 4 ans après l'intervention, il y a lieu de noter dans l'ensemble une amélioration considérable sur l'état antérieur, et ce malgré la fatigue amenée par le surcroît de travail professionnel.

OBSERVATION II

(inédite, due à l'obligeance de M. Delagénère).

La nommée C... Eugénie, âgée de 29 ans, infirmière à la Maison de Santé du Mans, souffre depuis plusieurs années de douleurs dans l'abdomen qui par instants affectent la forme de crises.

Rien à signaler comme antécédents héréditaires ni comme antécédents personnels. Cependant elle a toujours été constipée et, à plusieurs reprises, a eu des accidents dyspeptiques suivis plusieurs fois d'un ictère fugace qui avait fait penser à des accidents de lithiase biliaire. Depuis 2 ans, ces crises deviennent plus fréquentes et les coliques abdominales plus vives. Pendant la crise, l'endroit le plus douloureux ne répond pas à la vésicule mais au siège de l'appendicite, au point de Mac Burney. Ce point reste sensible pendant 4 ou 5 jours, puis tout rentre dans l'ordre sauf la constipation qui

reste opiniâtre. Le régime liquide, les petits lavages de l'intestin, ne procurent à la malade que des améliorations passagères. Bientôt, au moment des crises, elle ressent des espèces d'étouffements; parfois c'est une sensation de ballonnement, parfois une véritable gêne respiratoire que la malade attribue à une mauvaise digestion. Ces étouffements augmentent en fréquence et en intensité et deviennent de véritables accès d'oppression qui ne tardent pas à revêtir la forme d'un accès d'asthme.

L'accès d'asthme ne survient que pendant les périodes de crises intestinales. La malade dit qu'elle n'a d'indigestion provoquant des accès d'asthme que lorsqu'elle souffre du ventre. L'accès se produit presque toujours la nuit; la malade le décrit ainsi : Subitement, après quelques coliques qui viennent elles-mêmes 3 ou 4 heures après le repas du soir, elle éprouve une sensation de ballonnement excessif du ventre, puis les mouvements respiratoires sont gênés et après quelques minutes d'angoisse, elle a une grande inspiration sifflante et la difficulté pour respirer devient intense. Elle manque d'air, ne peut rester couchée, se lève et éprouve une grande angoisse comme si elle allait suffoquer. Cet état alarmant dure parfois plusieurs heures, mais la crise peut facilement être arrêtée au moyen d'une piqûre d'un centigramme de morphine. Jamais la crise ne s'est terminée par un vomissement alimentaire comme c'est la règle après une indigestion. Jamais non plus il n'y a eu de crise d'asthme en dehors des crises abdominales.

État avant l'opération. — La malade a le teint bronzé, presque ictérique. Elle est maigre et d'apparence chétive. On ne trouve rien au cœur ni aux poumons, ses urines sont normales.

Elle a un appétit capricieux, est toujours hantée par la crainte d'indigestions et se met d'elle-même constamment à une sorte de diète liquide. Elle se plaint de douleurs dans le

ventre et les attribue à de mauvaises digestions, car ces douleurs paraissent toujours vers les mêmes heures et sont surtout vives quand la malade se laisse aller à prendre une plus grande quantité d'aliments que d'habitude. Ces douleurs sont parfois si intenses qu'elles arrachent des cris à la malade. Elles siègent au niveau du creux épigastrique et dans la fosse iliaque droite. Les selles sont toujours pénibles, mais ne contiennent pas de membranes ni de mucosités sanguinolentes. Elles sont dures et doivent être provoquées par des lavements.

Le ventre est rétracté, le muscle droit droit se défend légèrement sur son bord externe, le siège de la vésicule est légèrement sensible mais le point de Mac Burney existe très nettement. La pression en cet endroit provoque une douleur des plus caractéristiques. Cette douleur devient très vive pendant les crises, elle reste localisée à la fosse iliaque et quand on la provoque plusieurs fois de suite, la malade prétend qu'elle ressent cette sensation de ballonnement qui précède ses crises d'asthme.

Diagnostic. — Malgré la teinte sub-ictérique de la malade, le point vésiculaire et gastrique, on porte le diagnostic d'appendicite chronique en s'appuyant sur la prédominance du point de Mac Burney sur le point vésiculaire, sur les troubles digestifs et surtout sur les accès d'asthme. Toutefois, on convient de faire l'exploration de la vésicule biliaire, de l'estomac et même des annexes.

Opération le 16 juin 1908. — Je fais une incision sur le bord du droit droit et assez longue pour permettre l'exploration des voies biliaires en haut et l'exploration des annexes en bas.

La vésicule est normale, elle est libre de toute adhérence. Dans son intérieur on ne sent pas de calcul. L'estomac et le duodénum sont alors attirés dans l'incision et explorés. On ne relève aucune lésion. Plus bas, dans la région du cæ-

cum, on découvre des adhérences péritonéales lamelleuses, puis, sous des adhérences plus épaisses, on trouve l'appendice déformé contenant plusieurs calculs stercoraux dans sa cavité. L'appendice est enlevé comme d'habitude en enfouissant le moignon avec soin.

Les annexes sont alors explorées. Elles paraissent saines. La plaie est refermée sans drainage.

Suites opératoires. — Très simples, la malade guérit sans le moindre incident. Au bout de 8 jours la plaie est cicatrisée.

Pendant toute sa convalescence, elle n'a pas eu une seule crise d'asthme, mais seulement une quinzaine après avoir repris son service, elle a eu une ébauche de crise. Sa constipation est presque disparue depuis son opération, elle mange de tout et digère bien. Sa teinte ictérique n'existe plus; la malade paraît avoir retrouvé la santé.

Elle reste dans cet état satisfaisant, mais incomplètement guérie, pendant un an. Quand elle a des fatigues trop grandes ou bien quand elle se trouve constipée, elle a parfois la nuit cette sensation de ballonnement qui précédait ses crises d'asthme, mais jamais la crise n'est survenue complètement. En outre, ces alertes deviennent de plus en plus rares et disparaissent totalement, de sorte que 18 mois après son opération, cette malade pouvait être considérée comme complètement guérie.

Au mois de janvier 1912 elle allait tout à fait bien, ne souffrait plus du tout ni de sa constipation, ni de ses menaces de crise. Elle marche facilement, sort par tous les temps, peut se livrer à des travaux fatigants, enfin se trouve parfaitement bien.

OBSERVATION III

(inédite, due à l'obligeance de M. Delagénère).

La nommée C..., âgée de 30 ans, demeurant au Mans, entre à l'hôpital du Mans, salle Dupuytren N° 6 le 25 mai 1910, pour des pertes utérines occasionnées par des kystes ovariens en évolution.

Cette malade n'a jamais souffert qu'au moment de ses règles et depuis 2 ans celles-ci sont devenues très abondantes, au point de compromettre la santé générale. En effet, la malade est amaigrie, très anémique; elle est devenue nerveuse et ne peut continuer son métier de ménagère.

Poumons et cœur normaux, rien dans les urines. Au toucher, on trouve une tumeur libre dans le cul-de-sac de Douglas, l'utérus est mobile, le palper abdominal n'est pas douloureux mais le palper combiné au toucher permet de saisir la masse sentie dans le Douglas et de provoquer une douleur assez vive. Rien du côté de l'utérus, le col est normal et le volume de l'organe normal également.

Opération le 30 mai 1910. — Petite incision sous-ombilicale et double ovariectomie. L'ovaire droit est gros comme un œuf de poule, le gauche un peu plus petit. L'appendice est exploré et ne présente aucune lésion apparente. De même le fond du cæcum est libre de toute adhérence de sorte que l'organe n'est pas enlevé.

Suites opératoires. — Très simples, la malade est guérie au bout de quinze jours et quitte l'hôpital. Cependant après l'opération elle a eu quelques vomissements, puis une débâcle intestinale suivie d'une diarrhée assez intense pour nécessiter quelques purgatifs salins et quelques lavages de l'intestin. Tous ces désordres avaient disparu au moment de la sortie de l'hôpital.

De retour chez elle la malade se trouve d'abord très bien,

puis elle ressent quelques coliques qui la prennent habituellement le soir après son dîner et se terminent par une évacuation liquide. Les jours qui suivent ces crises diarrhéiques sont au contraire marqués par une constipation qui s'établit de plus en plus complètement, de sorte que dès le mois de juillet la malade ne va plus à la selle que par débâcles. De plus, elle souffre constamment de son côté droit et vient me consulter dans les premiers jours de juillet. Je trouve à l'examen un point de Mac Burney assez net, mais aussi de la sensibilité sur le trajet du gros intestin. Je conseille à la malade un régime approprié et comme traitement une cuillerée à café d'huile de ricin tous les deux jours et les jours intercalaires, un lavage de l'intestin sans aucune pression.

A la fin de juillet, je la revois encore pour des accidents appendiculaires qui sont mal définis. Elle a été peu améliorée par son traitement et se plaint surtout de crises d'étouffement qui la prennent la nuit. Je les attribue à sa ménopause anticipée et lui conseille de suivre toujours le même traitement.

En septembre elle revient, se plaint de ses étouffements qu'elle différencie d'avec les bouffées de chaleur qu'elle connaît bien et qui la gênent parfois. L'examen de son ventre permet de trouver encore très nettement le point de Mac Burney. Cependant la constipation paraît être moins opiniâtre et la sensibilité du gros intestin n'existe plus. Je suis donc encore d'avis de continuer le traitement prescrit mais recommande à la malade de venir me voir au moindre accident du côté du ventre.

Je la vois le 10 octobre complètement démoralisée. Elle a eu la nuit une crise d'étouffement qui a été précédée de coliques plus vives que de coutume. Cette crise a été des plus violentes au dire de la malade : elle a eu la sensation de mourir étouffée, a été obligée de courir à sa fenêtre pour

trouver un peu d'air, bref elle décrit assez bien une crise d'asthme classique.

Je l'examine de nouveau et trouve son point de Mac Burney très sensible. Je pose alors le diagnostic d'appendicite à répétition à forme asthmatique et conseille à la malade d'aller prendre l'avis de mon collègue M... qui a souffert lui-même d'une appendicite analogue.

Le Docteur M... confirme le diagnostic et conseille l'opération immédiate.

Opération le 21 octobre 1910. — Je fais une incision sur le bord du droit, explore la fosse iliaque qui est libre d'adhérences, mais l'appendice est en érection; ses parois sont épaissies et la séreuse qui la recouvre est rouge et présente des arborisations vasculaires très marquées. Le moignon est enfoui avec soin et le ventre refermé sans drainage.

Suites opératoires. — Normales, rien à signaler du côté de la cicatrisation de la plaie qui est complètement guérie au bout de 10 jours.

Comme traitement, on commence dès l'opération les petits lavages de l'intestin et tous les deux jours une cuillerée à café d'huile de ricin. Les douleurs abdominales disparaissent dès le quatrième jour, la constipation, également. Pendant son séjour à l'hôpital, la malade n'a pas de crise d'asthme, mais les deux premiers jours elle a encore la nuit des accès d'oppression caractérisés par une sensation de ballonnement du ventre.

Elle rentre chez elle le 10 novembre et reprend promptement ses occupations. Elle ne suit aucun régime et malgré cela ses digestions redeviennent normales; elle passe de bonnes nuits sans se réveiller, n'a pas eu depuis son opération une seule crise rappelant celles qu'elle avait eues, ni même des crises d'étouffement avec sensation de ballonnement du ventre. Sa santé devient rapidement bonne; elle

cesse tout traitement, toute observation de régime et se porte parfaitement bien jusqu'au mois de mai 1911.

A cette époque, elle commence à souffrir de l'estomac, surtout lorsqu'elle boit du cidre. Elle vient me voir et je lui recommande comme tout régime de boire de l'eau. Elle revient le mois suivant; elle n'a eu aucun accès d'asthme, mais se plaint d'un point douloureux sous les fausses côtes droites, au siège de la vésicule. Je lui prescris pendant 15 jours de prendre avant chaque repas un verre d'eau de Vichy tiédie et lorsque je la revois, le mois suivant, elle ne souffre plus de son point douloureux et a repris ses occupations.

Je ne l'ai pas revue depuis.

CHAPITRE III

Diagnostic.

Après avoir pris connaissance des observations que nous publions, il nous paraît nécessaire de distinguer la forme que revêt l'appendicite chronique dans ces cas d'avec les autres formes qui ont été déjà signalées.

Les caractères particuliers qui nous y incitent nous conduisent à dénommer cette forme « appendicite chronique à forme asthmatique », car c'est lorsque le malade devient appendiculaire qu'il devient en même temps asthmatique et, quand il est débarrassé de son appendice, il cesse d'être asthmatique.

Le malade, pendant les périodes de maladie, a des crises d'asthme qu'il attribue généralement à des troubles de digestion ; ce sont ces troubles, qui affectent l'appareil respiratoire, qui le frappent le plus. Il souffre bien du ventre, mais ce qui contribue à persuader le malade que ces accidents sont la conséquence d'indigestions, c'est qu'il remarque que ses accès d'asthme varient comme intensité avec la quantité d'aliments ingérés. De lui-même, il se soumet à un régime qui tend à diminuer de plus en plus son alimentation, principalement le soir. Mais contrairement à ce qui se produit

presque toujours lorsqu'on est en présence d'une indigestion, la crise, dans la circonstance, ne se termine jamais que par des vomissements alimentaires.

En observant une diète plus ou moins sévère, le malade réalise ainsi, dans une certaine mesure, le traitement médical de l'appendicite chronique et en mettant l'intestin au repos, il diminue les chances d'irritation de l'appendice et partant les accès d'asthme qui en dépendent.

C'est du côté de son estomac qu'il attire l'attention du médecin ; il peut égarer ce dernier dans ses investigations, lui faire même quelquefois partager ses convictions, en tous cas ne lui facilite pas la tâche pour reconnaître aux accès d'asthme leur véritable cause.

Alors commence pour le malade la série des régimes, jusqu'au jour où une attaque, plus forte du côté de la fosse iliaque droite, détermine un accès d'asthme plus violent que d'habitude.

On trouve, au moment de la crise, un point de Mac Burney sensible, de la défense de la paroi abdominale et les autres signes de l'appendicite chronique ou aiguë.

Guidé alors par cette poussée appendiculaire, le médecin voit par l'interrogatoire qu'il se trouve en réalité en présence d'une crise d'appendicite chez un appendiculaire chronique. On relève en effet chez le malade une constipation habituelle, de petites crises d'appendicite qui peuvent passer inaperçues et qui souvent, par leur forme larvée, sont une cause d'erreur. Ce sont les douleurs abdominales localisées à la fosse iliaque

droite, au moment des crises d'asthme, qui sont le meilleur signe pour faire le diagnostic de cette forme appendiculaire.

Dans l'intervalle des accès d'asthme, et alors que la palpation de la fosse iliaque droite décèlera de la douleur, on pourra parfois par la pression provoquer des accès ou des ébauches d'accès, ce qui viendra fixer le diagnostic.

Lorsqu'on interrogera le malade sur ses crises, il nous dira que celles-ci sont calquées les unes sur les autres, ne différant entre elles que par l'intensité ; depuis des années quelquefois, les mêmes phénomènes se succèdent dans un ordre à peu près immuable.

La crise éclate le plus souvent la nuit, toujours à la même heure, en général trois ou quatre heures après le repas du soir, alors que le malade s'était couché sans que rien ne lui fasse pressentir les accidents dont il va être l'objet. Seul le souvenir des attaques antérieures pouvait lui causer des appréhensions sur la tranquillité de son sommeil. Le malade est alors réveillé subitement par des coliques plus ou moins violentes, accompagnées bientôt d'une sensation de ballonnement du ventre ; ces douleurs sont surtout localisées à la fosse iliaque droite. Quelquefois le ballonnement abdominal est le premier symptôme qui apparaît, il est immédiatement suivi de troubles respiratoires ; ce sont ceux de l'accès d'asthme. Ils sont si intenses qu'ils dominent la scène et semblent constituer à eux seuls toute l'affection.

La position couchée est intolérable et la nuit le malade est toujours obligé de se lever. Il a la sensation d'étouffer, sa respiration est ralentie, l'inspiration est brève et sifflante, l'expiration prolongée et particulièrement pénible. Le malade anxieux cherche l'air, se met à sa fenêtre ou adopte une position qui facilite ses échanges respiratoires en prenant point d'appui sur ce qui l'entoure, afin de mettre en jeu les muscles qui dilatent son thorax.

Nous retrouvons là les principaux symptômes de l'accès d'asthme classique. Complétant ce tableau clinique, on peut voir survenir les troubles vaso-sécréteurs des muqueuses des voies respiratoires, avec expectoration de mucosités marquant la fin de l'accès, ainsi que la polyurie qui a été souvent signalée.

La durée de l'accès est variable mais est en général de plusieurs heures. Lorsque le calme s'est rétabli, le malade, après avoir joui d'un peu de repos, reste courbaturé pendant une partie de la journée du lendemain. Il persiste également de l'endolorissement de la fosse iliaque droite pendant quelquefois plusieurs jours, si la crise a été violente.

Nous sommes donc bien ici en présence d'une forme spéciale d'appendicite chronique, caractérisée par des phénomènes abdominaux qu'accompagnent des troubles respiratoires : des accès d'asthme, dont l'intensité varie avec les poussées appendiculaires, coïncident avec une sensation de ballonnement du ventre et des colique plus ou moins vives localisées à la fosse iliaque droite.

*
**

Bien que les SIGNES PHYSIQUES de l'appendicite chronique soient communs à toutes les formes de cette affection et aient été déjà décrits à maintes reprises, nous croyons cependant utile de les rappeler brièvement, comme formant la base du diagnostic.

La constatation de la *douleur* est un signe qui fait rarement défaut. On doit distinguer la douleur *spontanée* et la douleur *provoquée* par la pression de la fosse iliaque droite.

La douleur spontanée est ordinairement perçue par le malade au niveau de l'ombilic ou un peu au-dessous; de là, elle s'irradie sans règle fixe, pouvant donner lieu aux erreurs de diagnostic les plus variées. Les malades ont la sensation de douleurs transversales, de barre épigastrique; d'autres éprouvent des douleurs lombaires. Tantôt, au contraire, c'est une sensation de pincement ou une colique passagère. Cette douleur s'accompagne presque toujours en même temps d'un malaise général; elle se manifeste pendant des périodes plus ou moins longues, constituant ainsi des crises d'appendicite chronique.

Dans cet état, la palpation de la fosse iliaque droite, par une pression attentive et soutenue, provoque une douleur siégeant tantôt au point de Mac Burney, tantôt aux points accessoires qui ont été décrits. Cette douleur, profonde et vague, siège sensiblement au même point chez le même individu; elle laisse après elle un endolorissement de la fosse iliaque droite.

Dans certains cas lorsque la palpation ne provoque pas de douleur au point de Mac Burney, on peut, par le procédé de Rovsing, déterminer cette dernière en refoulant les gaz intestinaux vers l'appendice. En mettant sa main droite à plat sur la fosse iliaque gauche et en comprimant l's iliaque, on la fait glisser le long du côlon descendant de façon à chasser les gaz dans le côlon transverse et le côlon ascendant. Arrivés dans le cæcum, les gaz pénètrent dans l'appendice, si toutefois il est perméable, et, en le distendant, réveillent la douleur au lieu d'élection.

Un autre signe physique de grande importance est celui de la *défense musculaire*. La palpation attentive des muscles droits des deux côtés permet, dans beaucoup de cas, de révéler une zone sensible sur le bord externe du muscle droit. Parfois même le bord du muscle peut être senti légèrement tendu au niveau de cette zone. Cette ébauche de défense musculaire coïncide souvent avec la douleur provoquée.

La *recherche de l'appendice* demande une grande habitude. Il importe en effet de se défier de ses sensations et de ne pas prendre le bord externe de la gaine du grand droit pour l'appendice roulant sous le doigt; il en est de même du bord externe épaissi du cæcum.

Si l'appendice malade peut ne pas se trahir, s'il est possible de ne pas le sentir, la radiographie peut quelquefois venir opportunément à notre secours. « L'examen radiographique permet de reconnaître le siège exact de l'appendice et de reporter à un point très pré-

cis la douleur abdominale, mais il ne saurait être question de reconnaître un appendice sain et malade. Encore faut-il ajouter que l'absence de l'appendice sur la radiographie peut être due à une situation rétro-cæcale ou à une obturation de l'appendice. » (1).

Lorqu'on soupçonnera l'appendicite chronique et que le diagnostic ne pourra être établi par la constatation des signes physiques, il n'en faudra pas cependant toujours conclure que cette affection n'est pas en jeu. Il faut savoir en effet que ces signes ne sont pas toujours décelables bien que les méfaits de l'appendicite chronique se fassent déjà ressentir. Il existe également des périodes d'accalmie pendant lesquelles ils peuvent disparaître, alors qu'on aura pu les constater antérieurement.

« Pour reconnaître l'appendicite chronique, dit Comby, il faut la poursuivre de recherches attentives, répétées, acharnées. Tel malade ne présente absolument rien à un premier examen, qui, six mois, un an plus tard, aura nettement le point de Mac Burney.

« Cela ne veut pas dire que l'appendice n'était pas déjà malade la première fois, mais seulement qu'il n'était pas douloureux. L'appendicite existait déjà; elle s'accusait par des troubles de la santé générale, par l'anémie, l'amaigrissement, la dyspepsie, mais elle n'avait pas fait encore assez de progrès pour être perceptible à la palpation. »

Quelquefois, selon l'expression de Jalaguier, ce sera donc une espèce de sens clinique particulier qui per-

(1) AUBOURG. *Presse médicale*, 28 mai 1910, p. 402.

mettra de reconnaître l'appendicite chronique. Le diagnostic sera alors établi d'après les symptômes généraux et la constatation des caractères propres à chacune des diverses formes que peut revêtir cette affection.

*
* *

Après les symptômes que nous avons reconnus à l'appendicite chronique à forme asthmatique, le DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL est facile, cette forme se caractérisant par la coïncidence de la douleur appendiculaire et des accès d'asthme, on ne peut guère la confondre avec une autre.

La forme décrite par Faisans ne peut, pas plus que les autres, prêter à confusion. Si même nous en parlons, c'est qu'on désigne malheureusement trop souvent la *forme pseudo-tuberculeuse* sous le nom d'appendicite chronique à *forme pulmonaire*, ou sous celui d'appendicite chronique à *manifestations thoraciques*. La forme asthmatique, elle aussi, ayant trait à l'appareil respiratoire, mais possédant ses symptômes propres, il importe de bien conserver à chacune de ces formes une appellation spéciale répondant à leurs caractères particuliers.

Alors que dans la forme de Faisans, l'amaigrissement très rapide est un symptôme de grande importance pour le diagnostic, dans la forme asthmatique, comme dans toutes les formes d'appendicite chronique, l'amaigrissement peut se rencontrer, mais jamais au degré

où il se voit dans la forme pseudo-tuberculeuse dans laquelle il constitue un symptôme primordial. La toux sèche, quinteuse, sans expectoration, est le symptôme qui impressionne le plus le malade et son entourage et fait surtout penser à la tuberculose; elle fait totalement défaut dans la forme que nous avons signalée, l'asthme constituant le seul trouble respiratoire qu'on y relève. L'asthénie, les douleurs thoraciques, la dyspnée, la fièvre, les sueurs nocturnes, viennent compléter le tableau clinique de la pseudo-tuberculose.

Ce que nous avons dit au sujet de l'amaigrissement peut encore s'appliquer à l'asthénie. Les douleurs thoraciques qui constituent des zones de sensibilité anormales, avec souvent de l'hyperesthésie occupant les fosses sous-clavière et sus-épineuse, ne se trouvent pas dans la forme asthmatique. La dyspnée, mentionnée chez les malades où l'appendicite chronique simule la tuberculose, est alors un symptôme de second ordre; lorsqu'elle n'est pas occasionnée par les douleurs, il semble qu'elle doive être considérée comme une dyspnée d'effort et ne puisse se comparer aux accès d'asthme relevés dans la forme asthmatique. Les sueurs nocturnes qui suivent les exacerbations vespérales sont un caractère spécial de la forme de Faisans. La fièvre ne se voit pas seulement dans cette dernière, on peut la rencontrer dans les diverses formes d'appendicite chronique, et, si ce symptôme peut quelquefois laisser soupçonner l'appendicite chronique, il ne pourra alors que permettre de déceler cette affection sans jamais, à lui seul, faire

penser à une forme plutôt qu'à une autre et en particulier à la forme pseudo-tuberculeuse plutôt qu'à la forme asthmatique.

Où on pourrait à tort porter le diagnostic d'appendicite chronique à forme asthmatique, ce serait en présence d'un appendiculaire banal, par exemple, chez lequel on trouve des accès d'asthme, non imputables à l'appendicite. On reconnaîtra alors qu'il ne s'agit pas de la forme asthmatique de l'appendicite chronique, en remarquant que ces accès ne coïncident pas avec les crises appendiculaires et ne varient pas comme intensité avec elles. L'erreur d'ailleurs ne saurait avoir de conséquences fâcheuses puisque le traitement est le même dans les deux cas.

Si la notion d'existence de cette forme asthmatique peut parfois faciliter le diagnostic d'appendicite chronique, toujours si épineux, il faudra toutefois éviter l'erreur qui consisterait à rapporter à l'appendicite chronique à forme asthmatique d'autres affections abdominales donnant lieu au même symptôme. Nous avons parlé de l'asthme intestinal, nous savons également que l'utérus, la vessie, ont été incriminés comme pouvant être l'occasion d'accès d'asthme. L'erreur ne pourra être évitée qu'en interrogeant le malade sur ses antécédents et en recherchant bien les signes physiques de l'appendicite chronique, principalement au moment des crises d'asthme; l'intervention viendra alors confirmer le diagnostic d'appendicite chronique à forme asthmatique en supprimant du même coup, par l'ablation de l'appendice, les douleurs abdominales et les accès.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

Nous avons dit que, le plus souvent, l'asthme devait être considéré comme le résultat d'un réflexe; les accès d'asthme d'origine appendiculaire peuvent s'expliquer par cette théorie.

Le bulbe est le centre de ce réflexe; tous les auteurs sont d'accord en effet pour reconnaître que l'asthme (d'une façon générale) est en rapport avec une *hyperexcitabilité* de cet organe. Où il y a divergence d'opinions, c'est pour savoir à quoi on doit attribuer cette névrose bulbaire, si elle est innée ou acquise et quelles causes occasionnelles de l'accès d'asthme on doit admettre?

Nous ne devons pas perdre de vue que dans l'appendicite chronique à forme asthmaticque, nous sommes en présence d'une forme toxi-infectieuse et nous savons que l'intoxication conditionne l'hyper-réflexivité. En admettant cette cause infectieuse comme produisant la névrose bulbaire, nous ne faisons que rapprocher la forme asthmaticque des formes nerveuses de l'appendicite chronique qui n'existent, elles aussi, que par l'intermédiaire de l'infection intestinale et de l'intoxication que l'appendice entretient. On peut admettre une pré-

disposition pour expliquer cette action élecfive du poison sur la cellule nerveuse du bulbe, au même titre que dans les formes auxquelles nous venons de faire allusion, cette susceptibilité se manifeste pour les cellules de l'encéphale.

L'action de l'appendice dans la production de l'asthme serait double : générale et locale. L'appendice, par l'intoxication et l'infection qui en émanent, préparant par une action lointaine et lente l'hyper-réflexivité et pouvant être le point de départ d'un réflexe qui déclainerait l'accès d'asthme, serait considéré non seulement comme l'*occasion*, mais comme la *cause* même de l'asthme.

La « cause occasionnelle », provoquant l'accès d'asthme, se trouve dans toutes les petites poussées inflammatoires du côté de l'appendice et également dans les irritations que ce dernier, déjà lésé, peut subir par toute action mécanique. Chez notre malade de l'observation II, la pression prolongée de la fosse iliaque droite paraît provoquer des accès d'asthme.

Le passage du bol alimentaire en particulier doit avoir une grande influence dans la production de l'accès. Les malades semblent le reconnaître et, dans nos trois observations, ils diminuent d'eux-mêmes leurs repas du soir, tendant à se mettre à la diète pour éviter, dans la mesure du possible, cette action mécanique qui déclaine l'accès. Nous savons d'ailleurs que certains auteurs ont déjà signalé la stase cœcale dans la production de l'asthme.

Chez nos malades, les accès se produisent en général

trois ou quatre heures après le repas. On pourrait alors se demander pourquoi dans nos observations l'accès d'asthme se montre presque uniquement la nuit, car il n'y a que chez le malade de l'observation I, chez qui les crises, devenant de plus en plus fréquentes, sont arrivées à avoir parfois lieu l'après-midi. On peut supposer que, dans ce cas, les atteintes portées à l'appendice pouvaient être assez fortes pour déclencher le réflexe, ou bien que par la fréquente répétition de ce dernier, les plus petits troubles se manifestant du côté de l'appendice étaient arrivés, à l'état de veille, à avoir leur répercussion sur le bulbe.

Si, en effet, les accès d'asthme, même ceux d'origine appendiculaire, ont généralement lieu la nuit, on peut penser que le sommeil intervient également comme cause adjuvante de l'hyperexcitabilité bulbaire. C'est une théorie qui a été invoquée pour expliquer l'accès nocturne de l'asthme — quelle que soit l'origine qu'on lui reconnaisse.

« L'intoxication, l'asphyxie, l'anesthésie exagèrent le pouvoir excito-moteur de la moëlle, le sommeil étant « intoxication, asphyxie, anesthésie », augmente donc normalement ce pouvoir excito-moteur; ce maximum d'irritabilité de la moëlle et du bulbe devra naturellement correspondre au maximum de sommeil, à ce stade de plus profond repos qui se réalise de minuit à trois heures du matin en règle générale » (1).

(1) MONCORGÉ, *L'Asthme*, p. 152.

Au cours de l'intervention pratiquée chez le malade objet de notre première observation, nous relevons un fait qui a la valeur d'une expérience et qui trouve son explication dans ce que nous venons de dire : La traction exercée sur l'appendice malade détermine, sous le chloroforme, une ébauche de crise d'asthme qui cesse dès que l'appendice est abandonné à lui-même, mais qui se renouvelle avec une intensité terrible lorsqu'une nouvelle traction est exercée. Cette action réflexe est prise là sur le fait. La traction de l'appendice, déjà lésé, provoque une crise d'asthme chez le sujet dont le pouvoir excito-moteur bulbaire est exagéré par l'anesthésie.

*
* *

Par quelles voies s'établit ce réflexe? Rien n'est plus obscur que le mécanisme des réflexes abdominaux et, dans l'asthme à point de départ appendiculaire, la voie de transmission du réflexe ne peut être qu'hypothétique; l'hésitation, pour la voie centripète de ce dernier, devant porter sur le pneumogastrique et le grand sympathique.

Ce sont là d'ailleurs les voies que Potain et Barié ont empruntées pour expliquer les désordres cardio-pulmonaires dont le tube digestif peut être l'origine. Ces deux auteurs font intervenir le pneumogastrique et le grand sympathique, mais d'une façon inégale et en attribuant le plus grand rôle au second dans les transmissions « éisodiques » des impressions intestinales au centre réflexe.

En ce qui concerne notre sujet, peut-être en est-il de même et ces deux voies interviennent-elles dans le même rapport que nous venons de signaler?

François Franck a démontré expérimentalement que les excitations centripètes soutenues du pneumogastrique, provoquent un réflexe inspiratoire initial, auquel se substitue une réaction expiratrice. C'est dans une large mesure, dit Moncorgé, la reproduction du phénomène essentiel de l'asthme.

Il semble également que le grand sympathique doive, lui aussi, servir de trait d'union entre l'appendice malade et les centres nerveux, soit en transmettant directement à ces derniers l'impression ressentie, soit en déterminant la mise en jeu d'un deuxième réflexe. Bien que cette hypothèse puisse paraître bizarre, pourquoi ne pourrait-on l'envisager et reconnaître à l'appendice un réflexe qui semble établi pour l'intestin.

En effet, chez le malade de l'observation I, les accès d'asthme d'origine appendiculaire débutent souvent par une rhinorrhée intense. Peut-être, dans ces cas, est-il possible de voir intervenir un premier réflexe qui aurait une répercussion nasale? Ce n'est que secondairement que s'établirait un réflexe rhino-bulbaire. Les vaso-dilatations nasales réflexes, provoquées par les organes internes, par l'intestin en particulier, constituent ce qu'on a appelé les « causes extra-nasales endogènes » de l'asthme nasal, l'organe de transmission ne peut alors qu'être le grand sympathique.

Mais si nous pensons que, dans l'asthme appendicu-

laire, le sympathique peut de la sorte servir de voie intermédiaire, il doit le plus souvent être considéré comme voie centripète, sans la mise en jeu d'un autre réflexe auquel on ne peut penser dans nos deux autres observations.

Si le pneumogastrique ne peut constituer, au moins à lui seul, la voie centrifuge, car il n'influence la respiration, au dire des physiologistes, que si l'on excite son bout central ou centripète, la transmission excentrique de l'influx réflexe se propage facilement par la moëlle épinière et les nerfs qui en émanent. Les nerfs intercostaux, en contractant les muscles qu'ils innervent et le phrénique surtout, en tétanisant le diaphragme, produisent ce spasme des muscles inspireurs qu'on retrouve dans tous les accès d'asthme.

CHAPITRE V

Fréquence.

Si nous croyons devoir faire une mention spéciale sur la fréquence de cette affection, c'est que nous n'apportons que trois observations à l'appui de notre thèse. Elles nous ont semblé cependant suffisamment suggestives pour pouvoir établir une corrélation entre l'appendicite chronique et l'asthme, et conclure qu'il existe une forme asthmatique de l'appendicite chronique.

Est-ce par ce que nous ne rapportons que trois cas qu'il faudrait en déduire que cette forme est une rareté? Nous ne le pensons pas et nous trouvons un argument à cette manière de voir dans le fait même que les trois observations émanent de la même source.

La chose capitale était de mettre en évidence cette forme spéciale pour pouvoir y penser par la suite.

M. Delagénère a peut-être été favorisé par les circonstances en opérant son premier malade : ce dernier était un de ses confrères, et par conséquent plus apte à s'observer lui-même qu'aucun autre malade. De plus, au cours de l'intervention, il a provoqué une crise d'asthme au moment de l'ablation de l'appendice.

« On ne trouve que ce qu'on cherche », a dit Reclus; c'est ce qui a pu se produire ici et ayant présent à l'esprit ce cas typé dont il avait été témoin, M. Delagé-

nière a retrouvé dans un laps de temps relativement court deux autres observations du même genre.

A côté de celles-ci, nous avons eu connaissance de cas moins nets, mais qui peuvent laisser supposer une relation entre l'appendicite et des accès de suffocation, sans que nous soyons en droit de conclure d'une façon aussi affirmative. Ce sont des malades qui, après l'appendicectomie, ont vu s'atténuer des accès d'oppression de date ancienne dont ils souffraient après les repas.

De même, nous avons examiné récemment un jeune homme, pris subitement d'une poussée d'appendicite aiguë, chez lequel nous avons constaté au cours de l'intervention, en même temps qu'une folliculite produite par cette crise, des lésions anciennes : sclérose et nombreuses adhérences. Or ce malade a été pendant longtemps sujet à des accès de suffocation et le docteur M... (le médecin qui fait l'objet de l'observation I), alors qu'il soupçonnait l'appendicite chronique de ces méfaits, n'avait pas trouvé à ce moment de signes physiques nets du côté de l'abdomen.

Il nous a semblé intéressant de rapporter ce cas entre autres, sans toutefois vouloir dans la circonstance établir un rapport de cause à effet. Mais nous croyons qu'en ayant attiré l'attention du côté de cette forme spéciale, en la recherchant, on la trouvera assez fréquemment, sinon dans sa forme type du moins dans des formes atténuées, convaincu que nous sommes que les observations que nous publions ne resteront pas isolées.

CHAPITRE VI

Traitement,

Dans cette forme d'appendicite chronique, plus peut-être encore que dans toute autre, le traitement chirurgical doit être considéré comme la seule thérapeutique efficace.

L'institution du traitement médical n'a guère sa raison d'être que tant que le diagnostic n'est pas encore définitivement posé; c'est surtout un traitement d'attente. En tous cas, il ne saurait être essayé pendant plus de quatre ou cinq semaines.

On peut donner comme règle de conduite à suivre qu'une fois que le diagnostic est nettement établi, qu'on reconnaît qu'il y a appendicite chronique et que le malade présente des accès d'asthme qui doivent être imputés à cette affection, l'ablation de l'organe lésé doit être conseillée et pratiquée au plus tôt. Retarder l'intervention, ce serait rester dans l'attente d'une crise aiguë qui pourrait être grave.

L'intervention pratiquée dans de bonnes conditions est toujours bénigne et on ne peut hésiter à faire bénéficier le malade de résultats souvent inespérés.

Y a-t-il lieu de croire à une erreur de diagnostic si ces

heureux effets ne se font pas sentir de suite? Evidemment non, il faut attendre. Il est logique de voir varier les résultats opératoires selon que l'affection est de date plus ou moins ancienne. Walther nous dit, à ce propos, que des phénomènes douloureux, une santé défectueuse, un mauvais état intestinal peuvent exister encore après l'opération. Il s'agit alors de malades ayant un long passé toxi-infectieux et présentant des phénomènes de colite.

Au sujet de l'intervention, il convient, nous dit le même auteur, « de ne pas se borner à enlever l'appendice quand il existe des lésions de péri-colite, mais de débarrasser l'intestin de tout ce qui peut entraîner un état d'irritation, de vascularisation de la paroi, de tout ce qui peut gêner son fonctionnement normal. »

Il faut donc faire un examen minutieux de tous les organes voisins de l'appendice et libérer le malade de toutes les adhérences et des brides fibreuses que révèle l'intervention. Ces adhérences, vestiges de crises antérieures, doivent être réséquées et liées avec le plus grand soin; il faut, au besoin, avoir recours à l'introduction d'huile camphrée dans la cavité péritonéale, pour empêcher toute nouvelle formation de se produire. Mais les brides épiploïques ne sont pas toujours limitées au voisinage immédiat de l'appendice, de même la région du cæcum n'a pas seule le privilège des adhérences et ces dernières, sur le côlon en particulier, peuvent remonter jusqu'à l'angle colique droit, il importe par conséquent de pratiquer une incision de la paroi qui permette

une exploration aussi étendue et complète que possible.

En dépit des nombreux avantages que peut présenter l'incision transversale, tant au point de vue de la précision avec laquelle elle permet de trouver l'appendice, que des facilités de drainage et de reconstitution de la paroi, cette incision doit surtout trouver son application dans les cas d'appendicite aiguë. Dans la forme chronique qui nous intéresse, l'incision latérale, nous donnant un champ opératoire plus étendu, doit avoir la préférence.

La seconde partie de l'intervention, consistant dans la résection des adhérences, est la plus longue et la plus délicate; elle est jugée actuellement comme indispensable et aussi nécessaire que l'appendicectomie elle-même pour assurer la guérison ultérieure. Nous croyons en effet que cette libération incomplète peut être la cause, dans certains cas, des mêmes accidents à distance qui se manifestaient avant l'appendicectomie. Au début, le point de départ du réflexe déchainant l'accès d'asthme était limité à l'appendice; par suite d'adhérences, le voisinage de ce dernier a été transformé en une véritable « région asthmogène » qui, en particulier sous l'influence des actions mécaniques, est encore susceptible de déterminer ces mêmes accès.

Post-opératoirement, on peut donc distinguer deux sortes d'accès d'asthme : ceux qui, par suite d'une intervention incomplète, peuvent exister pendant longtemps et ceux qui, survenant seulement dans les premiers jours après l'opération, doivent être attribués à

l'intoxication chronique, celle-ci ne disparaissant pas du jour au lendemain.

Du fait même de la répétition des accès d'asthme, il faut savoir, qu'à la longue on voit généralement s'établir l'emphysème, résultat de la distension et de la rupture des alvéoles pulmonaires. C'est une lésion définitive du poumon, qui par conséquent subsistera alors même que les accès d'asthme auront été supprimés. Nous trouvons là une raison de plus en faveur de l'intervention immédiate, lorsque le diagnostic d'appendicite chronique à forme asthmatique aura été établi.

CONCLUSIONS

I. Il peut exister un asthme appendiculaire; c'est là un asthme symptomatique de plus, qui contribue à rétrécir le domaine de l'asthme essentiel.

II. Les trois observations que nous rapportons confirment cette assertion. La première est particulièrement intéressante, car, sous chloroforme, au moment de l'intervention, l'ablation de l'appendice provoque une crise d'asthme.

III. Il existe donc une *forme asthmatique de l'appendicite chronique*, qui doit être distinguée des diverses formes d'appendicite chronique déjà décrites.

On la reconnaît à l'association de l'accès d'asthme et de douleurs concomitantes dans la fosse iliaque droite. C'est pendant l'accès que les signes d'appendicite existent et quelquefois ils disparaissent ensuite.

IV. Il est probable que ces accès d'asthme ont une origine réflexe, dont le grand sympathique doit être l'organe principal de transmission.

V. Si nous n'avons que trois observations où cette forme d'appendicite chronique soit nette, et si elles émanent du même chirurgien, c'est que probablement

cette forme n'a pas été spécialement recherchée. Les cas ébauchés de cette dernière ne semblent pas rares.

VI. Le traitement de cette forme doit être chirurgical. Il faut pratiquer l'appendicectomie le plus tôt possible chez les malades qui sont atteints de cette affection.

a) Il faut opérer dans le cas particulier comme en général chaque fois que l'appendice est en jeu.

b) En retardant l'intervention, on risque de voir se constituer du côté du poumon des lésions définitives, consécutives à l'asthme.

Vu : Le Président de la Thèse,
HARTMANN.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Barié. — Recherches cliniques sur les accidents cardio-pulmonaires, consécutifs aux troubles gastro-hépatiques. *Revue de médecine* 1883.

Brin. — Appendicite chronique d'emblée. *Gazette des hôpitaux* 1909, n^{os} 27 et 30.

Brissaud. — L'asthme in *Tr. de médecine de CHARCOT-BOUCHARD*.

Brun. — Appendicite chronique. *Presse médicale*, 30 mars 1898.

Chevassu-Périgny. — *De la fréquence de l'appendicite chronique*. Thèse de Paris 1909.

Comby. — Appendicite chronique à forme larvée chez l'enfant. *Société médicale des hôpitaux*, 13 juillet 1906.

Delagénère. — Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique. *Congrès français de chirurgie* 1911.

Faisans. — De l'appendicite chronique simulant la tuberculose. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 2 février 1911.

François-Franck. — *Cours du Collège de France* de 1880 à 1904 (p. 70 à 93).

Galliard. — Appendicite chronique in *Tr. de médecine* de GILBERT et THOINOT 1910.

Gérard. — *Causes de l'asthme*. Thèse de Paris 1904.

Guinard. — Des appendicites méconnues. *Journal des Praticiens* 1908 p. 819.

— Appendicite in *Tr. de chirurgie* de LE DENTU et DELBET. Tome VII.

Huchard. — Médication alimentaire dans l'asthme, dit « nerveux ». *Journal des Praticiens* 1896, p. 113.

Jalaguier. — Appendicite in *Tr. de chirurgie* de DUPLAY et RECLUS. Tome VI.

Le Noir. — L'asthme in *Tr. de médecine* de GILBERT et THOINOT.

Liégault. — *Du diagnostic de l'appendicite chronique simulant la tuberculose pulmonaire.* Thèse de Paris 1911.

Lyon (G.). — L'entéro-colite muco-membraneuse (Voir l'*Œuvre médico-chirurgicale* n° 22, p. 13).

Moncorgé. — Asthme et hépatalgie. *Lyon médical* 1907. *L'Asthme*, chez Vigot, 1909.

Potain. — *Cliniques médicales de la Charité* 1894, p. 207-217.

Rastouil. — *Appendicite chronique.* Thèse de Paris 1901.

Reclus. — Appendicite chronique d'emblée. *Gazette des hôpitaux* 1903, n° 119.

Riou. — *De l'appendicite chronique. Résultats tardifs de l'opération.* Thèse de Paris 1908.

Roux. — *De l'étiologie de l'asthme.* Thèse de Paris 1902.

Sée (G.). — Asthme et dyspnées. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

Silhol et Walther. — Rapport sur l'appendicite chronique. *Congrès de chirurgie* 1911.

Siredey. — Etude clinique sur quelques formes frustes de l'appendicite chronique. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* 20 novembre 1903.

Trousseau. — L'asthme in *Cliniques*, tome II, p. 439.

Walther. — Appendicite chronique à manifestations thoraciques. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux.* 6 avril 1911.

Wertz. — *Considérations sur l'étiologie de l'asthme.* Thèse de Paris 1911.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION.	9
CHAPITRE PREMIER. — Peut-il exister un asthme d'origine appendiculaire?	11
CHAPITRE II. — Observations	14
CHAPITRE III. — Diagnostic.	25
CHAPITRE IV. — Pathogénie.	35
CHAPITRE V. — Fréquence	41
CHAPITRE VI. — Traitement.	43
CONCLUSIONS	47
BIBLIOGRAPHIE	49

